

お口いきいき診療連携システム(訪問歯科診療) 申込書

様式1

申込日: 20 年 月 日

行

(申込者)

氏名

受診者との続柄

住所(市町名)  
施設名

電話番号

FAX番号

○該当するものに☑をつけてください。  
お口のチェックシート2を添付してください。

受診者	訪問先住所 又は施設名		性別	男 女	電話 : FAX :		
	ふりがな 氏名		年齢	歳	介護保険 (有・無) 介護度:		
訪問歯科診療希望状況	<input type="checkbox"/> 訪問歯科診療希望日 <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 火 <input type="checkbox"/> 水 <input type="checkbox"/> 木 <input type="checkbox"/> 金 <input type="checkbox"/> 土 <input type="checkbox"/> かかりつけ歯科医院 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有( 歯科医院名 ) <input type="checkbox"/> 訪問歯科診療について主治医の承諾 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 日程調整担当者 氏名・連絡先等 (* 上記 申込者と同じ場合は記載不要) 氏名: 施設名: 電話:						
状況等	<input type="checkbox"/> 歯科以外の受診 <input type="checkbox"/> 有 [ 通院: 回/月 ・ 往診 ] ・ <input type="checkbox"/> 無						
	<input type="checkbox"/> 主な介護者 <input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 子ども <input type="checkbox"/> その他( )						
	<input type="checkbox"/> 寝たきりの程度 <input type="checkbox"/> 寝たきりであり, 日常生活のほとんど介助を要する <input type="checkbox"/> 日中はベッド上で過ごす, 座位保持は可能 <input type="checkbox"/> 屋内での生活はほぼ自立しているが, 介助なしでは外出できない						
主病名		発症年月	年 月 頃				
その他既往症		認知症	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無			
感染症	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	出血傾向	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無			
服薬内容	*お薬手帳コピー添付でも可 <input type="checkbox"/> 降圧剤 <input type="checkbox"/> 抗血小板薬等 <input type="checkbox"/> ビスフォスフォネート製剤等   その他( )						
アレルギー	<input type="checkbox"/> ある( ) <input type="checkbox"/> ない						
病院・主治医名等	病院名	電話番号:	主治医名等				
かかりつけ薬局	薬局名	電話番号:					
意識障害	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない	麻 痺	<input type="checkbox"/> ある( <input type="checkbox"/> 右上肢 <input type="checkbox"/> 左上肢 <input type="checkbox"/> 右下肢 <input type="checkbox"/> 左下肢 ) <input type="checkbox"/> ない				
意思疎通	<input type="checkbox"/> 通じる <input type="checkbox"/> ある程度通じる <input type="checkbox"/> ほとんど通じない						
口腔状況	入れ歯 ( <input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無 )      自分の歯 ( <input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無)						
口腔清掃	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	介助者( )	うがい	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 水を含む程度 <input type="checkbox"/> できない			
食事摂取	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り必要 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 経管栄養 ( <input type="checkbox"/> 経鼻 <input type="checkbox"/> 胃瘻   その他 )						
食 形 態	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 少し軟らか <input type="checkbox"/> きざみ <input type="checkbox"/> すりつぶし <input type="checkbox"/> 流動 <input type="checkbox"/> その他( )						
嚥下(飲み込み)	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 見守り必要 <input type="checkbox"/> できない	むせ	<input type="checkbox"/> よくむせる <input type="checkbox"/> たまに <input type="checkbox"/> めったにない				
診療時に予想される行動	<input type="checkbox"/> 指示が理解できない <input type="checkbox"/> 診療に非協力的(口を開けないなど) <input type="checkbox"/> 急に動く <input type="checkbox"/> その他( )						
駐車場	<input type="checkbox"/> ある( <input type="checkbox"/> 敷地内 <input type="checkbox"/> 近くにあり <input type="checkbox"/> その他( ) ) <input type="checkbox"/> ない						
その他連絡事項							
在宅サービススケジュール(必要に応じ記入)	月	火	水	木	金	土	日

\* 訪問日時等は、早々に調整いたします。

受付日:平成 年 月 日

受付者( )